

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 92

Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1939

PAR

Rubin LANDAU

Né le 25 Novembre 1903, à Brest-sur-Bug (Pologne)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, professeur		
		GUIBAL, agrégé		
		COLL DE CARRERA, agrégé		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DU PROGRES
7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1939

Contribution à l'étude
de la suppuration
des kystes de l'ovaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1939

PAR

Rubin LANDAU

Né le 25 Novembre 1903, à Brest-sur-Bug (Pologne)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, professeur		
		GUIBAL, agrégé		
		COLL DE CARRERA, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1939

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU accesseur.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	DEJEAN
Anatomie (Chargé de cours)	TERRACOL
Histologie (Chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORIAT

Professeur honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE,

ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRES

Histoire Naturelle médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie Médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, prof.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	COLL DE CARRERA, agr. lib.
Stomatologie	FERRIER Dr.

AGREGES EN EXERCICE

Bactériologie	M. CARRERE
Médecine	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	AINES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Chimie	Dr MONNIER, ch. d'agr.
Obstétrique	CADERAS DE KERLEAU, ch. d'agr.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MASSABUAU, professeur, *Président*
TURCHINI, professeur

GUIBAL, agrégé
COLL DE CARRERA, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de mon profond attachement et de ma reconnaissance, pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute mon affection.

A MA BELLE-SŒUR ET A MON FRERE
LE DOCTEUR S. LANDAU

de la Faculté de Médecine de Montpellier

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE
B. ADUNSKI

Avocat à la Cour d'Appel de Brest-sur-Bug.

A MA FEMME

AU MARQUIS DE CHAMBRUN

Sénateur de la Lozère

ET A LA MARQUISE DE CHAMBRUN

En témoignage de ma très vive gratitude et de respectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'ils ont constamment manifesté pour mes efforts et pour l'aide efficace qu'ils ont apporté à la réalisation de mes plus chers projets.

AU DOCTEUR DE FRAMOND

Député de la Lozère

ET A LA COMTESSE DE FRAMOND

Bien maladroitement je vais essayer d'exprimer les sentiments qui m'animent au moment où je leur dédie ces quelques lignes.

C'est dans leur maison que j'ai appris à connaître le vrai visage de la France et à l'aimer. La France des vieilles traditions, de travail, de sobriété et d'admirables disciplines familiales. Je leur dois ma vraie formation civique de Français.

De mon long séjour dans leur famille, en Lozère, de l'amitié qu'ils ont bien voulu me témoigner, de leur concours en toute circonstance, je les prie d'agréer ici l'expression de mon attachement et de mon entier dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. JEANBRAU

*Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Associé national de l'Académie de Chirurgie*

*Qui a bien voulu manifester, à
maintes reprises, sa bonté à mon
égard.*

*Qu'il veuille bien lire ici l'expres-
sion de mes sentiments profondé-
ment respectueux et reconnais-
sants.*

*Nous garderons toujours vivante
l'image d'un grand Maître et d'un
homme de cœur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
LEVY-VALENSI

de la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me témoigner,
plus d'une fois, ses marques de
bienveillance, je prie de trouver, ici,
l'assurance de mon respectueux dé-
vouement.*

A MADEMOISELLE MARIE DE MARNHAC

A MADAME ET AU DOCTEUR S. DANOWSKI

A MADAME ET A MONSIEUR J. BOULET

Notaire à Marvéljols

AU DOCTEUR D. LEJBOWICZ

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de la Clinique chirurgicale

*Qui a bien voulu nous suggérer
l'idée de ce travail et en accepter la
présidence.*

*Hommage de très respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI

*Professeur d'Histologie
à la Faculté de Médecine de Montpellier*

Ce n'est pas sans une très vive émotion, mon cher Maître, que je vous adresse ces paroles. Pendant près de quinze ans, vous avez bien voulu m'aider de vos conseils et votre sollicitude et bonté à mon égard, ne m'ont jamais fait défaut. Votre bonne parole, votre sourire bienveillant, vos encouragements, ont été constamment pour moi un stimulant puissant et m'ont toujours encouragé à persévérer et à lutter. Plus d'une fois, quand j'ai désespéré de tout, une visite au Laboratoire d'Histologie suffisait à me redonner un meilleur moral et à me décider à continuer mon effort. Et maintenant, arrivé au jour heureux, qui termine normalement les études médicales, mais qui est pour moi un terme d'un effort autrement long et difficile, je voudrais vous dire, avec tout le cœur dont je suis capable, ma reconnaissance et ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
GUIBAL

Pour l'aide précieuse et l'amabilité extrême, avec laquelle il a bien voulu nous faciliter la rédaction de notre travail, qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos hommages et de nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
COLL DE CARRERA

Qui a bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES
DES FACULTES DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER
ET DE PARIS

Introduction

Les kystes de l'ovaire restent souvent méconnus pendant longtemps et ne se révèlent que par une complication. Ces complications sont de différents ordres et il est classique de distinguer :

- des complications mécaniques,
- des complications infectieuses,
- des dégénérescences malignes.

Les complications infectieuses comprennent :

- les suppurations,
- la tuberculose.

La suppuration d'un kyste ovarien est une complication relativement rare ; elle est cependant importante à bien connaître, d'une part à cause de sa gravité, d'autre part à cause de la variété de l'aspect clinique sous lequel elle peut se présenter :

Syndrome d' « abdomen aigu » ou bien syndrome d'infection chronique dont l'origine doit être soigneusement recherchée.

M. le Professeur Massabuau a eu l'occasion d'observer dans son service de Clinique Chirurgicale un cas de kyste ovarien suppuré. D'autre part, M. le Professeur agrégé Guibal a bien voulu nous faire part d'une observation semblable de sa clientèle privée.

Ils ont bien voulu nous communiquer ces observations, pour faire, de leur étude, l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous les prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'extrême bienveillance qu'ils nous ont, ainsi, témoignée.

Nous étudierons dans ce travail l'infection des kystes ovariens, leurs manifestations cliniques et les problèmes d'ordre diagnostique et thérapeutique, qu'ils peuvent poser dans la pratique chirurgicale courante.

Nous n'envisagerons pas, dans cette étude, l'infection des kystes par le bacille de Koch.

Observations

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur Massabauu)

Madeleine A..., 24 ans, élève sage-femme, entre le 11 avril 1939 pour appendicite.

Antécédents personnels: Puberté à 15 ans.

Antécédents familiaux: Mère décédée d'asystolie post-opératoire. Père et frère en bonne santé.

Histoire de la maladie: Depuis deux mois environ, souffre de la fosse iliaque droite; il s'agit d'une douleur, apparaissant brusquement à l'occasion de la marche ou de la station debout prolongée. La malade a vomi une fois (aliments, il y a environ un mois). Sujette à la constipation, mais se soigne (huile de paraffine, purganol, etc. . .). Réglée huit jours par mois, sans douleurs. Pas de pertes blanches.

Depuis huit jours, souffre d'une façon plus intense, se sent fatiguée. Cette douleur a fait son apparition au quatrième jour de ses dernières règles. Léger amaigrissement.

Examen: L'abdomen est souple et respire bien. On trouve une douleur dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac Burney. Mais la palpation méthodique de la région ovarienne et pré-utérine permet de mettre en évidence une masse tumorale de la grosseur d'une mandarine. Cette tuméfaction est légèrement douloureuse, elle semble également en rapport avec la vessie, sans occasionner toutefois de troubles urinaires. La température est de 37°8 le matin,

de 38°6 le soir et se maintient ainsi jusqu'au 29 avril.

Laboratoire: 12 avril: urée sanguine: 0 gr. 26; traces d'albumine dans les urines. 14 avril: Sérologie spécifique négative.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE le 26 avril 1939.

Nature: Laparotomie exploratrice.

Anesthésie: Générale à l'éther.

Voies d'accès: Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Position de la malade: Décubitus horizontal, puis Trendelenbourg.

Incision: Médiane, sous-ombilicale, remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Exploration: Après incision et déclivement des anses grêles, on aperçoit un kyste développé au dépens de l'ovaire droit et atteignant le volume d'une grosse orange. La main introduite dans la cavité abdominale, pour en étudier les rapports, détermine une rupture du kyste avec issue d'un liquide purulent, d'une odeur entièrement fétide (intestinale).

Conduite opératoire: On procède à une ovariectomie droite. Ligature du pédicule ovarien droit et de son péritoine. Section entre deux pinces.

Incidents: Ouverture du kyste.

Drainage: Drain en caoutchouc n° 45 dans le Douglas.

Fermeture de la plaie opératoire en deux temps.

Examen de la pièce: Il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire droit. Destruction complète du tissu noble de la glande. Paroi tomenteuse. Contenu: liquide noirâtre, très fétide.

Diagnostic post-opératoire: Kyste suppuré de l'ovaire droit.

Etude anatomo-pathologique: Envoi de la pièce à l'Institut Bouisson-Bertrand, le 26 avril 1939.

Mention portée sur l'étiquette: « Kyste suppuré de l'ovaire ».

Réponse: « Il s'agit bien d'un kyste de l'ovaire suppuré sans signes histologiques d'inflammation spécifique ».

1-5-1939: On enlève le drain.

6-5-1939: S. p.

12-5-1939: Léger écoulement par l'orifice du drain.

19-5-1939: S. p. Guérison.

27-5-1939: S. p.

31-5-1939: Sort en excellent état.

OBSERVATION II

*(due à la bienveillance
de M. le Professeur agrégé Guibal)*

Mme H..., née Juliette B..., âgée de 36 ans, souffre depuis le mois de février 1939 d'une manière continue de la fosse iliaque droite, et présente une élévation de température le soir, depuis quelques jours, jusqu'à 38°4. Les règles seraient plus abondantes depuis deux mois et surtout en février. La malade a une fillette de 10 ans, elle n'a pas eu d'autre grossesse.

Examen: Le 2 mars 1939.

La palpation de l'abdomen révèle, dans la fosse iliaque droite, à travers une paroi résistante et légèrement contracturée, l'existence d'une masse qui paraît régulièrement arrondie et de volume approximatif d'une tête fœtale. Par le toucher vaginal, on sent le pôle inférieur de cette masse dans le cul-de-sac droit; la consistance paraît ferme; la pression est douloureuse; la masse est directement collée au flanc droit de l'utérus, mais un sillon la sépare de lui.

Repos au lit, glace sur le ventre.

Le 4 mars, la malade souffre davantage et présente quelques nausées; elle pense que sa fièvre augmente. Le soir,

vomissements, température à 39°6, vive réaction pariétale, augmentation évidente de volume de la masse abdomino-pelvienne.

Intervention d'urgence sous-anesthésie générale: par la laparotomie médiane sous-ombilicale, on accède à une tumeur incluse dans le ligament large droit, dure, mais donnant l'apparence d'un kyste sous tension. Cette masse est du volume d'un petit melon; son pôle externe a partiellement dédoublé le méso-cœcum; son pôle interne est plaqué contre le flanc de l'utérus. La trompe est étalée à la surface. Pas trace de l'ovaire droit.

Hémostase du pédicule utéro-ovarien et du pédicule utérin aux deux pôles opposés de la tumeur. Ouverture du ligament large et énucléation, facilitées par les ligatures vasculaires. Drainage de la cavité résiduelle. Fermeture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce: La tumeur est un kyste uniloculaire, à contenu purulent, seulement liquide et très fétide.

Suites opératoires: Aucun incident; suppression du drain le quatrième jour. La malade se lève le quatorzième jour.

Il s'agit, vraisemblablement, d'une infection par colibacille. En effet, il n'y a pas d'antécédent d'infection génitale; il n'y a pas de lésions inflammatoires dans le péritoine pelvien; l'adhérence intime de la tumeur à la face postérieure du cœcum chez une malade habituellement constipée paraît expliquer la modalité d'infection du kyste. Il ne semble pas qu'il y ait lieu, malgré l'étalement de l'appendice à la surface du kyste, d'invoquer une poussée d'appendicite responsable: L'appendice était de dimensions normales et ne présentait pas de signes inflammatoires.

Historique

L'étude de la suppuration des kystes ovariens est de date relativement récente. La première revue générale sur cette question a été faite en 1895, par Mangold, qui en fit le sujet de sa thèse inaugurale. En 1896, Bouilly revint sur la question, dans un travail d'ensemble, basé sur huit observations personnelles.

A partir de cette date, d'importants mémoires sont publiés dans différents pays, portant :

— sur l'origine des suppurations kystiques (Michel : Origine appendiculaire, 1900. Gary : Origine typhique, 1908. Puech et Vanverts : Suppuration des kystes ovariens pendant la grossesse et le post-partum) ;

— sur les manifestations cliniques : Buerger, 1925. Ruche et Faroy, 1930 ;

— sur les problèmes thérapeutiques : Moure et Sénèque, 1925.

Forgue et Massabuau, dans les diverses éditions de leur « Traité de Gynécologie » envisagent d'une manière succincte, mais complète, cette complication des kystes de l'ovaire.

Nous avons retrouvé, dans la littérature médicale, des nombreuses observations isolées de suppurations kystiques : celles de Phélip, Corscaden, Richter, Tourneux et Baillat, Ahumada, Fischer, Abadie, Lavau, Bérard.

Dans sa thèse inaugurale, Lefebvre, rapporte 81 observations de kystes ovariens suppurés observés pendant la grossesse et les suites de couches.

Etiologie

Gallez écrivait en 1873 : « La suppuration des kystes est un fait exceptionnel ; il en existe à peine quelques observations dans la science ». Cependant, Bouilly en rapportait 8 cas personnels. Lefebvre en rapporte 81 cas d'origine obstréctale.

La fréquence de cette complication a diminué de jour en jour ; cela tient à plusieurs facteurs : La précocité avec laquelle les malades sont opérés actuellement, l'abandon de la méthode des ponctions de kystes (cause de nombreuses infections), enfin, l'asepsie avec laquelle se pratiquent les accouchements.

Divers auteurs (Forgue et Massabau, Legeu, J.-L. Faure et Siredey) s'accordent à rencontrer 2 à 3 pour cent de suppurations kystiques parmi les kystes opérés.

Diverses statistiques nous paraissent exagérées, notamment celle de la Clinique Gynécologique de Montpellier en 1929, où sur 15 kystes opérés, 6 étaient atteints de suppurations.

La nature anatomique paraît entrer en ligne de compte ; P. Delbet, Forgue et Massabau estiment que les kystes dermoïdes subissent des transformations purulentes beaucoup plus souvent que les kystes mucoïdes. Il semblerait, aussi, que la suppuration se produit avec

d'autant plus de facilité que le contenu du kyste est plus épais. Effectivement, Delbet rassemble 16 cas de suppurations dans les kystes dermoïdes.

Bouilly rapporte 2 cas de kystes dermoïdes sur 8 cas de suppuration; cette dernière statistique qui paraît aller à l'encontre de ce que nous avançons, la confirme cependant si l'on tient compte de la rareté relative des kystes dermoïdes.

Les suppurations des kystes de l'ovaire peuvent apparaître soit au cours d'affections diagnostiquées, soit comme une affection autonome. Cette suppuration peut survenir au cours d'une grippe (Bouilly), d'une pneumonie (Schauta), d'une staphylococcémie (Tavel et Hirschfeld).

Très souvent elle survient au cours d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, ou souvent après la guérison clinique de celle-ci.

Enfin, l'infection peut reconnaître une cause obstétricale, soit au cours de la grossesse, soit après le post-partum.

Nous ne signalons que pour mémoire les suppurations d'origine extrinsèque (ponction).

Très souvent, les suppurations semblent apparaître spontanément sans qu'aucune étiologie précise puisse lui être attribuée. Nous verrons, que c'est surtout à ces cas qu'il faut attribuer une origine intestinale (infection par contiguité) et génitale, (infection par continuité.)

Les agents pathogènes les plus divers ont été trouvés dans le contenu des kystes infectés : le streptocoque, le gonocoque, le pneumocoque, le staphylocoque, le coli, le bacille d'Eberth, les anaérobies. Un ascaris (observation de J. Delmas) a même été trouvé à l'intérieur d'un kyste

ovarien. Parfois, aucun germe n'a pu être isolé; il s'agirait d'une stérilisation spontanée de la collection purulente (Riche et Fayot).

Les deux cas de suppuration kystique qui font l'objet de ce travail sont apparus spontanément.

Dans les deux cas cependant, nous pensons que l'on doit leur attribuer une origine intestinale. Dans l'observation I, il s'agit d'une constipée chronique. Dans l'observation II, les connexions intimes existant entre le cœcum et le kyste, sont un argument important en faveur de l'origine intestinale. Dans aucun de nos cas, l'examen bactériologique du pus n'a été pratiqué (cela a été impossible dans le cas I à cause de la rupture du kyste au moment de l'intervention). Mais les caractères macroscopiques du pus, l'odeur infecte, nous permettent de penser qu'il s'agit de pus à colibacilles.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de voir si, parmi tous les kystes à suppuration cliniquement spontanée, les kystes de l'ovaire droit étaient plus fréquents. Malheureusement, les auteurs qui rapportent des cas de kystes ovariens suppurés indiquent rarement s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit ou gauche. Si l'origine intestinale est exacte dans la plupart des cas, il est logique de penser que les kystes de l'ovaire droit s'infectent plus facilement que les gauches, à cause du voisinage immédiat du cœcum, véritable réservoir de germes virulents.

Il est intéressant de noter que, dans le cas II, l'appendice, bien qu'en contact immédiat avec le kyste suppuré, présentait une apparence normale et saine.

Anatomie pathologique

Nous étudierons, dans l'anatomie pathologique, les caractères anatomiques du kyste lui-même, ensuite les lésions des organes et des régions avoisinant le kyste. En effet, c'est par ces rapports, souvent très étroits, et par ses adhérences serrées avec les organes voisins, que les kystes suppurés acquièrent, dans la pratique chirurgicale, une gravité assez grande.

I. — LE KYSTE SUPPURE

a) *Volume.*

Leur volume est assez variable, mais, cependant, ils forment des collections plus volumineuses que les kystes habituels. Ce fait peut être expliqué de diverses façons : soit, que les kystes volumineux soient plus exposés que les autres à l'infection, soit que la suppuration ait pour effet de la faire rapidement augmenter de volume.

On a trouvé des volumes extrêmes, de 6 à 8 litres de pus. Parfois, au contraire (observation I), ils dépassent à peine le volume d'une orange (dans le cas II, celui d'un melon). Ce volume permet de les distinguer facilement des ovarites suppurées.

b) *Le contenu.*

Il peut s'agir de pus vrai ou bien de liquide kystique mélangé à du pus. L'aspect du pus varie suivant la nature bactériologique du germe en cause. Il existe parfois une certaine quantité de gaz (Bouilly). L'aspect peut revêtir un caractère particulier, à cause des hémorragies surajoutées : pus brun-chocolat (Moure et Sénèque).

Si le kyste est multiloculaire, il peut n'y avoir qu'une seule cavité en voie de suppuration.

c) *Les parois.*

Elles sont épaisses, congestionnées; des dépôts fibreux, plus ou moins abondants, font envisager, par leur présence, la suppuration. Ces dépôts favorisent la formation d'adhérences avec les organes voisins.

II. — LESIONS PERIKYSTIQUES

Elles sont très fréquentes (il y en avait peu dans l'observation I).

Ces lésions expliquent la difficulté opératoire. Elles peuvent intéresser :

— l'intestin grêle;

— l'anse sigmoïde et son méso.

Certains auteurs ont constaté des adhérences cons-

tantes entre les sigmoïdes et le kyste suppuré, lorsque ce dernier siège à gauche;

— le rectum (cas de Tourneux);

— l'épiploon; la réaction épiploïque est une réaction normale à toute infection intra-abdominale;

— l'utérus et les annexes du côté opposé; les lésions utérines sont d'autant plus fréquentes qu'elles sont souvent à l'origine de la suppuration elle-même (kystes suppurés du post-partum, kyste suppuré à gonocoque).

Exceptionnellement, la suppuration kystique est bilatérale (Binet).

Dans l'observation I, il n'existait presque aucune lésion périkystique.

Au contraire, dans l'observation II, la tumeur kystique était incluse dans le ligament large, son pôle externe ayant, par ailleurs, dédoublé le mésocœcum. Il n'existait pas cependant d'importantes adhérences. Cela s'explique par le fait, que la suppuration était apparue tout récemment, d'une façon aiguë.

III. — EVOLUTION ANATOMIQUE

Comme tout abcès abandonné à lui-même, le kyste suppuré a tendance à s'ouvrir spontanément. Cette ouverture peut donner lieu à des accidents de divers ordres, suivant qu'elle se fait en péritoine libre, en péritoine cloisonné ou dans un organe voisin.

Dans notre observation I, l'ouverture s'est faite spontanément au moment de la laparotomie.

1. *Ouverture en péritoine libre.*

Elle peut apparaître spontanément ou être provoquée par un traumatisme ou un effort souvent minime (Burger, Richter). Dans ce cas, la péritonite aiguë diffuse est immédiate et la mort survient rapidement, dès les premières heures, si l'on n'intervient pas.

2. *Ouverture en péritoine cloisonné.*

Il peut s'agir soit d'une vraie rupture, soit d'une légère fissuration. Cette ouverture aboutit le plus souvent à la formation d'un abcès pelvien, qui aura tendance à s'ouvrir spontanément à la peau ou dans un organe voisin.

3. *Ouverture dans les organes voisins :*

- vessie (cas de Barnsby) ;
- rectum (cas de Tourneux et de Constantini et Fulconi) ;
- utérus (cas de Oyarzun).

Enfin, exceptionnellement, l'ouverture peut se faire à la paroi abdominale.

Pathogénie

Nous avons déjà vu, étudiant l'étiologie, que la suppuration pouvait apparaître spontanément ou comme complication intercurrente d'une autre maladie.

Du point de vue pathogénie, nous allons envisager les diverses voies suivies par le germe pour infecter le kyste.

I. — INFECTION PAR PROPAGATION DE VOISINAGE

a) *Origine utérine.*

Il s'agit le plus souvent d'une métrite gonococcique ou d'une infection du post-partum. La voie suivie paraît être la voie tubaire, par l'intermédiaire d'une salpingite. Bouilly a constaté la suppuration d'un kyste ovarien après curetage, soit qu'il y ait coïncidence, soit qu'il y ait déjà infection utéro-salpingienne.

b) *Origine intestinale.*

Cette origine n'est qu'un cas particulier des propagations à l'appareil génital des infections intestinales, ainsi que l'ont établi les travaux de Pozzi.

Les adhérences favorisent grandement cette propagation et la suppuration d'un kyste par un appendice enflammé et accolé à sa paroi est bien connue.

Les connexions entre appendice et ovaire expliquent cette propagation, qu'il s'agisse de simples rapports de contiguïté ou bien que ces deux organes aient des réseaux lymphatiques communs.

Certains auteurs (Maslenikoff) vont même jusqu'à prétendre qu'il faut invoquer une origine appendiculaire chaque fois qu'il n'existe pas, localement ou à distance, une cause évidente.

Cependant, les adhérences du kyste avec les organes voisins sont le plus souvent secondaires à la suppuration et ainsi, au lieu d'une propagation par contiguïté, certains auteurs (Burger) pensent que la propagation doit se faire directement par voie lymphatique à travers le ligament large et pénétrer dans la tumeur par le hile de l'ovaire.

II. — INFECTION PAR VOIE HEMATOGENE

Cette voie est évidemment en cause lorsqu'une grippe, une pneumonie sont à l'origine. Dans le cas de la fièvre typhoïde, cette voie est discutable; il pourrait s'agir tout aussi bien d'une propagation directe d'origine intestinale. La suppuration au cours des paratyphoïdes apparaît souvent après la guérison clinique (trois à cinq mois en moyenne). Ce fait plaide plutôt en faveur d'une origine intestinale chez un porteur de germe.

La voie hématogène nous semble répondre à des cas exceptionnels. Il est certain que le contenu des kystes ovariens constitue pour divers germes un excellent milieu de culture. Mais, par contre, la pauvreté de la paroi kystique en éléments vasculaires rend très aléatoire l'infection de la collection au cours d'une septicémie, encore davantage au cours d'une simple bactériémie.

Dans quelques cas, on doit envisager les causes favorisantes ; c'est ainsi que les traumatismes, au cours de l'accouchement, les torsions des pédicules, prédisposent à la suppuration du kyste.

Etude clinique

Ainsi que nous le signalions dès l'introduction, la symptomatologie clinique des kystes de l'ovaire est peu bruyante. Ce n'est souvent qu'une complication qui vient en révéler l'existence. Dans les cas qui nous intéressent, l'histoire clinique n'a commencé qu'avec la suppuration. Les signes de suppuration peuvent apparaître brusquement avec une grande intensité. Ils déterminent alors le tableau de « l'abdomen aigu ».

Parfois, le début est tout à fait insidieux et le seul signe initial en est une température légèrement supérieure à la normale.

Durant la période d'état, le tableau clinique est réa-lisé par les signes fonctionnels, les signes généraux, et les signes physiques de la tumeur.

1. *Signes fonctionnels.*

La douleur spontanée est presque toujours constante. Elle revêt des caractères variables; tantôt très vive au début, elle se calme peu à peu, et ne persiste que sous la forme de lancements peu violents. Tantôt, elle se traduit périodiquement par des crises douloureuses assez violentes. Ce signe fonctionnel fait rarement défaut.

Dans un cas de Moure et Sénèque, aucune douleur n'était perçue par la malade. La suppuration du kyste entraîne relativement peu de troubles fonctionnels de voisinage par compression. Ceux-ci apparaissent dans le cas de gros kystes, et lors des adhérences aux organes voisins ou des ruptures.

2. Signes généraux.

Ils sont constants. Nous insisterons sur leur importance clinique, car ils sont souvent les seuls témoins de la suppuration. L'amaigrissement, l'anorexie, le déclin de l'état général sont constamment signalés. Dans l'observation I, l'amaigrissement, l'anorexie sont notés par la malade.

La fièvre est un signe très fidèle; elle revêt des caractères variables, tantôt c'est une fièvre élevée avec oscillations qui montent jusqu'à 39 ou 40° et font penser à une suppuration; tantôt, il s'agit d'une légère ascension vespérale à 38°, qui passe parfois inaperçue à la malade.

Rarement l'évolution est apyrétique comme l'ont signalé Patel et Tixier, Moure et Sénèque.

3. Signes physiques.

Nous n'insisterons pas sur les signes physiques des kystes de l'ovaire, mais nous étudierons surtout ceux dont l'apparition ou l'importance peuvent faire penser à la suppuration.

L'augmentation rapide du volume de la tumeur est un symptôme qui doit éveiller l'attention. Cette augmentation peut apparaître si rapidement que certains chirurgiens ont pu penser à une hémorragie intrakystique (Moure et Sénèque).

L'augmentation rapide de la tuméfaction et une baisse de l'état général sont parfois les seuls signes. Souvent, cette tumeur à accroissement rapide est rénitente, tendue. La mobilité du kyste est très diminuée ou même supprimée. Cette perte de la mobilité se comprend aisément, si l'on songe aux nombreuses adhérences que contracte le kyste suppuré. Mais il ne faut pas oublier que d'autres causes peuvent être à l'origine de la fixation d'un kyste ovarien. C'est ainsi que la torsion, l'inclusion ou l'importance de son volume peuvent l'immobiliser.

D'autre part, cette tuméfaction est douloureuse à la pression; et ce signe est d'une grosse importance, car un kyste ovarien non compliqué est rarement douloureux.

La douleur siège habituellement dans une fosse iliaque, mais une palpation attentive permettra de sentir une tuméfaction sous-jacente. Ce n'est que très rarement que la présence de gaz à la partie supérieure du kyste a donné à celui-ci des caractères particuliers, signalés par Bouilly, qui observa deux cas de kyste gazeux (faux syndrome d'ascite).

FORMES CLINIQUES

Les signes que nous venons d'analyser peuvent se grouper sous deux aspects cliniques très différents.

1. *Forme aiguë.*

C'est le cas le plus fréquent. Le tableau clinique, au début, est celui d'une salpingite aiguë, avec des douleurs vives apparues brusquement, une fièvre élevée, et des signes de réaction péritonéale. L'évolution clinique permet de relever quelques nuances à l'encontre de ce diagnostic initial. Le repos, l'application de glace ou de compreses tièdes, la vaccination, amènent rarement un refroidissement complet et la fièvre persiste plus ou moins élevée. Les douleurs surtout, sont incomplètement calmées par ces moyens thérapeutiques. Les signes physiques, signalés précédemment (dureté du kyste, immobilisation de la tumeur, douleur à la pression) permettent d'en faire le diagnostic.

Nos deux observations réalisent parfaitement cette forme aiguë. Pour le cas II, on pourrait même parler de forme suraiguë; l'élévation thermique, les vomissements, la contracture de la paroi abdominale, l'augmentation de volume de la masse tumorale, ayant formellement indiqué une intervention d'urgence.

2. *Forme chronique.*

Cette forme se distingue surtout par un début insidieux, à tel point que l'on ne peut fixer la date précise du début. Il n'existe que des douleurs très légères. Les signes d'intoxication, l'amaigrissement peuvent faire défaut, et la fièvre ne donnait lieu qu'à une légère élévation de température. L'évolution est peu bruyante. Le kyste, non mobilisable, peu douloureux à la pression, augmente lentement de volume.

EVOLUTION

Plusieurs éventualités peuvent se produire :

1. *Le kyste se rompt.*

L'étude anatomique nous a montré les divers organes dans lesquels peut s'ouvrir le kyste. L'ouverture dans le péritoine libre a été constaté plusieurs fois. Ce fut le cas de la malade de l'observation I. La rupture se produisit au cours de l'intervention. La péritonite généralisée qui est la suite normale de ces ruptures, a pu être évitée par le drainage de la cavité péritonéale. L'ouverture dans le rectum ou dans le sigmoïde a été signalée dans plusieurs observations. Les signes cliniques en sont des phénomènes de rectite plus ou moins intenses. Le diagnostic de fistulisation n'est souvent porté qu'à

l'intervention. Plus rarement enfin, l'ouverture se fait dans la vessie, l'utérus, ou à la peau. Dans ces diverses fistulisations, on ne saurait voir un mode possible de guérison.

2. *Le kyste ne se rompt pas.*

Les signes de cachexie, d'intoxication, prédominent; et souvent il se produit une généralisation de l'infection véritable septicémie, qui emporte la malade déjà affaiblie par une longue suppuration.

DIAGNOSTIC.

Suivant l'aspect clinique, le problème posé par un kyste suppuré de l'ovaire, se présente différemment.

1. S'il s'agit d'une *forme aiguë*, avec des signes d'infection prédominants, l'attention est attirée sur l'existence d'une infection pelvienne. Seuls les kystes suppurés de l'ovaire droit doivent être différenciés d'une appendicite aiguë. L'analyse clinique permet habituellement de faire cette distinction. L'existence des crises douloureuses antérieures, les caractères de la douleur, associés à des troubles digestifs, l'absence de tumeur sous-jacente para-utérine, plaideront en faveur de la crise appendiculaire. On ne confondra pas une péritonite localisée d'origine appendiculaire avec un kyste ovarien suppuré. Il sera facile d'éliminer une colique

néphrétique avec sa douleur lombaire irradiée paroxysmique, ses signes urinaires, sa débacle polyurique.

Deux erreurs importantes sont à éviter. La première consiste à croire qu'il s'agit d'une salpingite aiguë. Le volume souvent énorme de la tumeur, la rénitence particulière de cette masse kystique, la persistance des signes d'infection, malgré le traitement de l'annexite, attireront l'éveil du clinicien.

Si la suppuration apparaît après un accouchement, on attribue la fièvre à l'une des variétés habituelles de l'infection puerpérale, alors qu'une intervention chirurgicale serait indiquée.

Bien que moins importants à cause du diagnostic d'intervention qui demeure posé, les autres accidents aigus des kystes de l'ovaire devront être diagnostiqués. La torsion est une complication beaucoup plus fréquente, mais qui s'en différenciera cliniquement par l'absence de signes généraux pyrétiques.

Le diagnostic sera grandement facilité si l'on connaît l'existence d'un kyste de l'ovaire, avant que survienne la complication infectieuse. En pratique, la coexistence de signes généraux d'infection grave et d'une tumeur para-utérine douloureuse doit faire penser à un kyste de l'ovaire suppuré.

2. Lorsque la douleur se développe sans signe net d'infection, la nature ovarienne de la tuméfaction est le plus souvent reconnue. La suppuration, par contre, risque de passer inaperçue.

Dans la majorité des cas, le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire non compliqué. Il faut alors attacher une grande importance à l'amaigrissement, à l'asthénie, à l'anorexie que ressentent ces malades, et sur-

tout rechercher une légère élévation de température vespérale.

3. En présence de signes généraux chroniques sans aucune localisation évidente, des erreurs de diagnostic ont souvent été commises. Ces malades sont pris pour des tuberculeux ou pour des cancéreux. Un examen clinique complet permettra d'éviter de telles erreurs.

Il n'en demeure pas moins que le diagnostic est relativement difficile. Bouilly, sur huit cas, déclare avoir fait le diagnostic une fois seulement.

Traitement

Les indications générales du traitement ne prêtent à aucune espèce de discussion. Tout kyste de l'ovaire suppuré doit être opéré le plus tôt possible.

Mais les modalités de ce traitement ont été controversées. Plusieurs méthodes ont été proposées et le nombre de ces méthodes en indique la difficulté et les risques.

Les adhérences multiples du kyste représentent, en effet, un facteur de difficultés opératoires telles, que l'ovariotomie se trouve transformée en une opération longue et grave.

Trois méthodes sont à la disposition du chirurgien :

- la ponction,
- la marsupialisation avec drainage,
- l'extirpation.

1. *La ponction*, à travers la paroi abdominale, n'est plus défendue par personne; elle expose presque à coup sûr la malade à une péritonite, si l'orifice de ponction correspond à une portion du péritoine libre.

Cotte, dans une communication récente, a modifié la technique et la portée de la ponction. Il pratique une petite laparotomie sous-anesthésie locale, et après avoir

constaté l'adhérence du kyste au péritoine antérieur, il ponctionne le kyste; dès le lendemain, il pratique l'ablation du kyste vidé par ce moyen.

Si les adhérences n'existaient pas, on pourrait en créer. Cette voit surtout dans cette ponction le moyen d'éviter les phénomènes de décompression brusque qui succèdent à l'ablation des kystes de l'ovaire et cette méthode permet aussi de se prémunir contre l'infection.

2. *La marsupialisation avec drainage.* Cette méthode a été pratiquée par Moure et Sénèque; l'indication de cette méthode était assez nette dans les deux cas rapportés par ces auteurs, puisque le kyste suppuré était naturellement adhérent à la paroi antérieure. Cette intervention a pour résultat de faire cesser l'infection et d'améliorer l'état général de la malade, et secondairement elle amène une sorte de rétraction de la paroi du kyste, qui prend l'aspect d'un « grain de raisin flêtri ».

Les adhérences avec l'intestin sont rendues plus lâches et leur libération en est grandement facilitée.

Les deux cas rapportés par Moure et Sénèque eurent des suites opératoires très simples. La marsupialisation apparaît donc comme le meilleur moyen de faciliter l'opération radicale et d'en diminuer la gravité. Mais il ne faut pas recommander, comme ces auteurs, cette méthode dans tous les kystes abdominaux suppurés.

3. *L'extirpation immédiate du kyste.* C'est l'opération de beaucoup la plus employée. Bouilly y eut recours dans les huit cas qu'il a rapporté. Aussi, nous permettons-nous d'insister sur les particularités de sa technique et sur ses résultats.

L'incision de la paroi doit être faite avec prudence car, le plus souvent, l'épiploom, mais parfois le kyste lui-même, adhère à la paroi abdominale.

L'ovariotomie se présente dans des conditions de difficultés variables suivant l'importance des adhérences. S'il n'y a pas d'adhérences ou si ce sont des simples adhérences épiploïques, la technique est celle d'ovariotomie banale, un drainage peut n'être pas toujours nécessaire.

S'il existe des adhérences intestinales, l'intervention devient délicate et dangereuse; il est prudent de pratiquer la ponction et l'aspiration préalable du kyste. Une hystérectomie est parfois rendue nécessaire, soit à cause des lésions annexielles bilatérales, soit pour rendre possible l'extirpation complète de la masse kystique.

Certains auteurs vont même jusqu'à préconiser l'hystérectomie systématique dès que les adhérences du kyste font prévoir de grandes difficultés opératoires.

Souvent, le problème se pose, au cours de l'intervention, de savoir comment traiter une perforation colique ou rectale, antérieure à l'intervention ou extemporanée. Les avis sont partagés. Chalier estime que la suture n'est pas nécessaire, la cicatrisation se produisant spontanément. Ce n'est pas l'avis de la plupart des auteurs qui estiment, que l'on doit tenter de rétablir la continuité de l'intestin pour éviter les fistules stercorales postérieures.

Le drainage à la Mikulicz est souvent indispensable, parfois, cependant, un simple drain constitué par un tube de caoutchouc suffira comme dans l'observation I.

En pratique, les indications opératoires se posent de la façon suivante :

1. Intervention en deux temps (le premier temps étant une ponction, une marsupialisation ou une colpotomie). Cette intervention est indiquée chaque fois qu'il existe des adhérences intestinales importantes, faisant craindre une déchirure ou la nécessité d'une résection. On la pratiquera encore lorsque l'intervention menace de durer trop longtemps et que la malade est peu résistante.

2. Intervention en un temps dans tous les autres cas.

En résumé: l'indication opératoire est toujours formelle.

Suivant les lésions rencontrées, l'intervention sera définitive ou elle ne sera que le premier temps d'une intervention radicale ultérieure.

Dans les diverses observations que nous avons relevées dans la littérature médicale, la mortalité est assez grande; il semble qu'un certain nombre d'échecs sont dus à des interventions en un temps, alors que les lésions étaient trop importantes pour permettre l'exérèse d'emblée.

Conclusions

I. — Les suppurations des kystes de l'ovaire, complications relativement rares, doivent être diagnostiquées, car elles nécessitent toujours l'intervention chirurgicale.

II. — Elles peuvent se rencontrer comme une complication d'une maladie infectieuse, mais beaucoup plus souvent elles ont pour origine une affection de voisinage, utérine (origine obstétricale) ou intestinale (surtout d'origine appendiculaire).

III. — A côté de la forme aiguë, de diagnostic relativement facile, on doit connaître l'existence d'une forme chronique, à symptomatologie locale réduite.

IV. — Le diagnostic porté, une intervention s'impose. On pratiquera l'exérèse en un seul temps, ou plus rarement, l'intervention en deux temps, suivant l'importance des lésions trouvées au moment de l'intervention.

Le drainage au simple tube de caoutchouc ou à la Mikulicz est habituellement indispensable.

Bibliographie

- ABADIE. — Kyste de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. *Journ. de Chir.*, 19 février 1928, in *Presse Méd.*, 7 mars 1928.
- AHUMADA. — Embryome de l'ovaire infecté par le bacille d'Eberth. *Pressa Med. Argentina*, 10 mars 1925.
- ALLAUT (Jean-Claude-René). — Contribution à l'étude de la dégénérescence des kystes de l'ovaire. *Thèse Bordeaux*, 1932-1933 à 35, in *Revue Gyn.*, p. 376, n° 1.
- BARSONY (Eugen). — L'infection des kystes de l'ovaire par le bacille typhique. *Zentralbl. f. Gyn.*, janv. 1931, in *Mém. de Clin.*, t. xxxviii, p. 449.
- BÉRARD. — Un cas de péritonite encapsulante après kyste de l'ovaire. *Soc. Clin. Lyon*, 2 mars 1933, in *Presse Méd.*, 15 avril 1933.
- BINET. — Kystes suppurés de l'ovaire, péritonite généralisée. Intervention chirurgicale. *Rev. Obst. et Gyn. de Nancy*, 1930, p. 594.
- BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gyn.*, 1896.
- BURGER. — A propos de quelques cas de kyste ovarien infecté. *La Gynéc.*, juin 1925, p. 364, in *Journ. de Chir.*, t. xxvi, p. 251.
- Un cas de rupture de kyste de l'ovaire suppuré. *Rev. d'Obst. et Gynéc. de Strasbourg*, p. 77.
- CHENUT et MAHOW. — Kyste suppuré de l'ovaire. *Soc. Obst. et Gynéc.*, Bordeaux, p. 713.

- GORSCADEN (I.-A.). — Un cas d'infection d'un kyste de l'ovaire par le bacille paratyphoïde B. *The American Journ. of Obslr. and Gyn.*, mai 1923, in *Journ. de Chir.*, t. XXII, p. 216.
- COTTE. — L'opération en deux temps dans les gros kystes de l'ovaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1927.
- FISCHER. — La découverte d'un kyste suppuré de l'ovaire sans réaction péritonéale, comme complication d'une congestion pulmonaire grippale. *Conc. Méd.*, 1805, 1936.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. Coll. Nouv. Trait. de Chir., Baillière, édit.
- GANS. — Suppuration kystique des tumeurs ovariennes. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1908.
- KAYSER (R.). — Un cas d'infection paratyphique d'un kyste du corps jaune. *Acta Obstretica et Gynek. Scandinavia*, vol. XIV, fasc. 3, 1934.
- KRAGER. — Sur un cas de suppuration d'un kyste de l'ovaire droit, à la suite d'appendicite. *Mediz. Klinik*, 1911.
- KRAUL. — Péritonite typhique après rupture d'un kyste dermoïde suppuré infecté par des bacilles typhiques. *Zentr. f. Gynak.*, 1^{er} mai 1937.
- KRIWSKY (L.-A.). — Un cas de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire à bacilles typhiques. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, de 1911, in *Journ. de Chir.*, t. XIII, p. 217.
- LAPORTE, BERNARD, BEIG, GRIMAZANE. — Kyste dermoïde de l'ovaire à bacilles d'Eberth. *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 oct. 1929, in *Presse Méd.* 13 octobre 1929.
- LAUBENHEIMER. — Bacilles typhiques agglutinant dans le pus d'un kyste de l'ovaire. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1911.
- LAVAU. — Grand kyste suppuré de l'ovaire sans signe d'infection. *Soc. Médic.-Chir. de l'Indochine*, 12 mai 1926, in *Presse Méd.*, 1926.
- MASLENIKOFF. — *Thèse de Montpellier*, 1930.

- MARNTÈRE (De La), Brest. — Péritonite à pneumocoques développée après un accouchement et accompagnée de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Soc. de Chir.*, 4 janvier 1933, in *Presse Méd.*, 14 janvier 1933.
- MICHEL. — Appendicite avec suppuration du kyste de l'ovaire. *Bull. Méd.*, 1900.
- MOURE et SÉNÈQUE. — L'opération en deux temps des kystes de l'ovaire fistulés à travers un utérus perméable chez un adulte. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, octobre 1937.
- PATEL. — Collections pelviennes après ablation d'un kyste de l'ovaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 10 mai 1928, in *Presse Méd.*, 26 mai 1928.
- PAVLOS PETRIDIS (Alexandrie). — Quatre cas de complications suppuratives post-typhiques à bacilles d'Eberth: a) Ostéomyélite du cubitus; b) Ostéite costale et kyste ovarien suppuré chez la même malade; c) Abscessus sous-diaphragmatique gauche; d) Pleurésie purulente. *Acad. de Clin.*, 18 décembre 1935, in *Presse Méd.*, le 4 janvier 1936.
- PÉTRIGNANI. — Kyste de l'ovaire fistulisé dans le sigmoïde. *Acad. de Chir.*, février 1937.
- RICHE, J. COLL DE CARRERA et FAYOT. — Kyste de l'ovaire suppuré, difficultés du diagnostic. *Rev. Obst. et Gynéc. de Montpellier*, 1922, p. 61.
- RICHE et FAYOT. — Kystes suppurés de l'ovaire. *Paris Médical*, 1930, p. 545.
- RICHE et MOURGUES-MOLINES (E.). — Kyste de l'ovaire suppuré avec état septicémique. Hystérectomie, guérison. *Réunion Gyn. et Obst. de Montpellier*, p. 85.
- ROUGEMONT (De) et DECHAUME. — Kyste de l'ovaire tendu adhérent aux anses intestinales et à l'appendice. Pathogénie de l'infection des kystes de l'ovaire. *Lyon Médical*, 1927, t. II, p. 291.
- SCHOCKAERT. — Infection d'un kyste de l'ovaire dans le post-partum. In *Gyn. et Obst.*, 1925, p. 214.

- SOURDAT. — Sphacèle d'un kyste de l'ovaire sans torsion. *Picardie Médic.*, n° 2, février 1937.
- TAPIE, MOREL, LYON, BERTRAND. — Suppuration Eberthienne d'un kyste de l'ovaire au cours d'une fièvre typhoïde. *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 octobre 1929, in *Presse Méd.*, 19 octobre 1929.
- TIXIER et ROUGEMONT (De). — Infection latente d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 21 juin 1928, in *Presse Méd.*, 14 juillet 1928.
- TOURNEUX. — Kyste suppuré de l'ovaire avec nécrose de la paroi antérieure du rectum. *Soc. de Méd., Clin. et Pharm. de Toulouse*, avril 1929, in *Progr. Méd.*, 22 mai 1929.
- TOURNEUX et BAILLAT. — Kyste suppuré de l'ovaire droit. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1923, p. 458.
- VIANNAY (Charles). — Suppuration d'un kyste de l'ovaire au septième mois de la grossesse. Intervention d'urgence, guérison et continuation de la grossesse. *La Loire Médicale*, n° 3, mai 1934, in *Gyn. et Obst.*, n° 54, 1935, I.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'étude de la suppuration
des kystes de l'ovaire*
par Rubin LANDAU

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 13 juillet 1939
le Professeur, MASSABUAU.

Vu :
Montpellier, le 13 juillet 1939
le Doyen,
EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 Juillet 1939
le Recteur,
PARISELLE

Table des Matières

INTRODUCTION	13
OBSERVATIONS	15
HISTORIQUE	19
ETIOLOGIE	21
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	25
PATHOGÉNIE	29
ETUDE CLINIQUE	33
TRAITEMENT	41
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47

